**朔城区引进和选拔高层次医疗技术人才报名登记表**

拟报岗位： 报名号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 | |  | 民族 |  | | | | 政治  面貌 |  | | 2寸红底  照 片 |
| 出生年月 |  | 身份证号码 | | | | | |  | | | | |
| 本科毕业院校及专业 |  | | 学位 | |  | | | | | 毕 业  时 间 |  | |
| 研究生毕业院 校 |  | | 专业方向 | |  | | 学位 | | |  | 毕 业  时 间 | |  |
| 执业资格  类 别 |  | | | 证书号码 | | | | | |  | | | 联系方式 |
| 医师资格  名 称 |  | | | 证书号码 | | | | | |  | | |  |
| 学习简历 |  | | | | | | | | | | | | |
| 获奖情况 |  | | | | | | | | | | | | |
| 本人承诺 | 经本人审核确认，以上所填内容真实无误。否则，后果自负。  本人签字：  2018 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 资格审查  意 见 | 信息采集 | | | 学历审核 | | | | | 报名审核 | | | 备 注 | |
|  | | |  | | | | |  | | |  | |